# DISSERTATION

N° 96.

## SUR LES RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES

# DE L'URÈTHRE,

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR MARIE-JEAN-BAPTISTE-THÉOPHILE CHAUVIER, de Chablis,

Département de l'Yonne;

Ex-Élève des hôpitaux de Paris; ex-Chirurgien militaire, etc.

---

Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

LA BRUYÈRE.

---

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER. |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA, *Examinateur.* |
| Physique médicale | PELLETAN fils. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION. |
| Pharmacologie | GUILBERT. |
| Hygiène | BERTIN. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX, *Président.* |
| Pathologie médicale | FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.* |
| Opérations et appareils | RICHERAND. |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DÉSORMEAUX, *Examinateur.* |
| Clinique médicale | CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Suppléant.* |
| Clinique chirurgicale | BOUGON. BOYER. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DENEUX. |

## *Professeurs honoraires.*

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Andral. | Gerdy. |
| Arvers. | Gibert. |
| Baudeloque. | Kergaradec, *Examinateur.* |
| Bouvier. | Lisfranc. |
| Breschet. | Maisonabe. |
| Cloquet (Hippolyte). | Parent du Chatelet, *Examinateur.* |
| Cloquet (Jules). | Pavet de Courteille. |
| Devergie. | Rathrau. |
| Dubois. | Richard, *Suppléant.* |
| Dance. | Rochoux. |
| Gaultier de Claubry. | Rullier. |
| Gérardin. | Velpeau. |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# A MA MÈRE.

# A MA SŒUR.

A MONSIEUR RAMPONT, ONCLE,

Médecin à Chablis,

M.-J.-B.-T. CHAUVIER.

# DISSERTATION

## SUR LES RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES

## DE L'URÈTHRE.

### *Anatomie de l'urètre.*

AVANT que de traiter une maladie, il faut parfaitement connaître les organes qui en sont le siége, et les altérations qu'ils peuvent éprouver; c'est pourquoi je ferai précéder l'anatomie, avant que d'indiquer comment on peut la reconnaître et la traiter.

L'urèthre, ουρηθρα, *urethra*, est, chez l'homme, le canal excréteur de l'urine et du sperme. Sa longueur est variable suivant les sujets. Cependant on peut l'évaluer de sept pouces et demi à neuf pouces. Il s'étend depuis le col de la vessie jusqu'à l'extrémité de la verge, où se trouve son orifice extérieur. Il est recourbé plusieurs fois suivant sa longueur, et ses courbures sont plus ou moins marquées, l'intestin rectum et la vessie pleins ou vides, suivant la position de la verge. Si la verge est pendante, le rectum et la vessie pleins, il se rapproche beaucoup d'un *S*italique; si, au contraire, ils sont vides, et que la verge soit portée dans une position moyenne entre sa plus

grande flexion et l'élévation, on n'apercevra plus sa courbure postérieure. Cette courbure différera encore suivant l'état sain et morbide de la prostate. M. *Lisfranc*, sur huit sujets sains, le rectum et la vessie étant vides, a trouvé le niveau du point le plus déclive de la portion prostatique deux ou trois lignes au-dessous du niveau de la partie la plus déclive de l'orifice interne de ce canal. A l'état morbide, sur quatre sujets dont la prostate était engorgée, quoique la vessie fût très-enfoncée dans le bassin, le niveau du point le plus déclive de la portion prostatique de l'urètre a été trouvé depuis cinq lignes trois quarts jusqu'à sept lignes et demie au-dessous du niveau de l'orifice interne du canal.

Ces variétés peuvent être plus nombreuses, et gêner considérablement le cathétérisme La position du rectum et les fibres du releveur de l'anus peuvent aussi influer sur la concavité postérieure de l'urèthre.

A son origine il traverse la prostate, en se portant en avant et en bas; puis, devenu libre, il s'engage sous la symphise du pubis, remonte au-devant d'elle entre les deux racines du corps caverneux, se place dans la gouttière de la face inférieure de celui-ci, et se termine au sommet du gland par une ouverture allongée de haut en bas, et forme une courbure à concavité inférieure. Il a été divisé en trois portions distinctes; la *prostatique*, la *membraneuse* et la *spongieuse*.

La *prostatique* est entourée dans ses trois quarts inférieurs par la prostate, dans son quart supérieur, par des fibres musculaires longitudinales et transversales. La partie qui leur correspond est épaisse, tandis que celle qui est comme renfermée dans la prostate est mince; elle présente le *verumontanum*; inférieurement, les conduits des glandes de *Cooper*; sur les côtés, les éjaculateurs, et à sa surface les excréteurs de la prostate. Cette portion a environ de douze à seize lignes de long.

La région du canal environnée par la prostate est formée par la membrane muqueuse, que viennent fortifier quelques fibres musculaires. La partie supérieure de cette glande, située au-dessous du ligament triangulaire de la symphise, est en rapport avec le pubis, dont

elle est séparée par du tissu cellulaire ; elle est unie aux branches de cet os par l'aponévrose recto-vésical. La partie inférieure de la prostate, qui renferme les conduits éjaculateurs, s'appuie sur le rectum, dont elle est séparée par du tissu cellulaire ; elle est unie aux vésicules séminales par l'aponévrose recto-vésicale ; ses faces latérales, très-épaisses, sont en rapport avec le muscle releveur de l'anus et l'aponévrose recto-vésicale.

La *portion membraneuse* s'étend depuis le sommet de la prostate jusqu'à la spongieuse et bulbeuse. Elle a de huit à douze lignes ; elle peut varier de longueur ; elle est située sous la symphise du pubis, sous la réunion du corps caverneux ; elle est fixée par le ligament antérieur de la vessie et par les fibres musculaires du releveur de l'anus, comme l'a indiqué M. *Boyer*. Elle est unie par un tissu cellulaire dense au ligament triangulaire de la symphise et à l'espace triangulaire que laissent entre eux les corps caverneux. Inférieurement elle est en rapport avec du tissu cellulaire qui la sépare du rectum, avec les glandes de *Cooper* et avec les muscles transverses du périnée ; sur les côtés, elle est bornée par la racine des corps caverneux, et par les fibres musculaires du releveur de l'anus ; au-dessous sont les glandes de *Cooper*, et beaucoup de petits vaisseaux que les anatomistes décrivent comme un tissu spongieux. Plus profondément encore, on rencontre des fibres longitudinales et circulaires intimement unies entre elles ; la portion membraneuse est plus forte et plus épaisse qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, néanmoins on y fait facilement des fausses routes.

*Portion spongieuse.* Elle comprend la portion bulbeuse des anciens, et forme le reste de l'urètre ; elle est plus ou moins grande suivant les sujets ; terme ordinaire, elle est de six à sept pouces, et quelquefois huit. Elle est en rapport supérieurement avec les corps caverneux ; elle présente inférieurement un renflement oblong, appelé *bulbe*, qui offre supérieurement une espèce de cul-de-sac : les muscles bulbo-caverneux la recouvrent. Plus loin, la portion spongieuse

est en rapport avec la partie supérieure du dartos, enfin avec la peau de la verge ; elle est terminée par un second renflement, qui est le gland.

La cavité de l'urètre n'a pas le même diamètre dans toute sa longueur. Étroit à son origine, et en s'engageant dans la prostate, l'urètre s'élargit au milieu de cette glande, où il présente plus de largeur que partout ailleurs. En sortant de la prostate, il se récrécit, et dans toute sa portion membraneuse il est parfaitement cylindrique et plus étroit que dans tout le reste de son étendue. Il s'élargit un peu au niveau du bulbe, et conserve la même capacité et la figure cylindrique jusqu'à la base du gland; là il se dilate de nouveau, et forme ce qu'on appelle la *fosse naviculaire*; enfin, il se termine par un orifice qui est plus étroit que cette fosse.

Les parois de l'urètre présentent une membrane muqueuse continue avec les membranes qui tapissent la vessie, les conduits éjaculateurs, prostatiques, les glandes de *Cooper*, et avec celle qui recouvre le gland. Sa couleur varie suivant les points où on l'examine; d'un rouge vif près de l'orifice extérieur, elle est très-pâle et blanchâtre dans le reste de son étendue; elle est plissée sur elle-même suivant sa longueur, et garnie d'une infinité de petits trous, qui sont les orifices de conduits obliques placés dans son épaisseur, et nommés *sinus* de *Morgagni;* ils commencent au bulbe et deviennent plus nombreux jusqu'à la fosse naviculaire, où ils sont très-abondans; elle est très-fine, on n'a pu encore la distinguer de l'épiderme.

Une membrane cellulaire qui semble naître du tissu blanc particulier au col et au trigone vésical.

Un tissu spongieux; il entoure les trois quarts antérieurs de la longueur de l'urèthre; il commence par former le bulbe, puis il diminue d'épaisseur, et constitue jusqu'au gland une couche uniforme et cylindrique. Au-dessous de la fosse naviculaire, il s'amincit d'une manière remarquable, et se rassemble en haut et en arrière pour former le gland. Il reçoit des artères de la honteuse interne : les plus volumineuses pénètrent dans le bulbe. Ses veines suivent les artères, ses vais-

seaux lymphatiques se rendent dans les plexus inguinaux et hypogastriques, ses nerfs viennent des honteux et fessier inférieur.

*Anatomie pathologique.*

L'urèthre peut présenter beaucoup de variétés, on l'a vu double, on a rencontré les uretères s'ouvrant dans l'urèthre : l'urèthre manque quelquefois complètement ou est imperforée. *Desault* a observé un sujet chez lequel le gland était comme fendu ou divisé en deux parties sur les côtés du frein; l'urèthre s'ouvrait à cet endroit par une assez petite fente; on voit des hypospadias et des épispadias.

On trouve la membrane muqueuse de la portion prostatique injectée, épaissie, fongueuse; les follicules de la prostate ont quelquefois cinq ou six lignes de longueur, et pourraient admettre un stylet du volume d'une plume de corbeau; la prostate a changé d'aspect et augmenté de volume. La membrane muqueuse devient fongueuse comme une éponge, sans consistance; il s'en détache quelquefois des espèces de lambeaux qui nagent dans l'urine, comme de petits vers rougeâtres ou blanchâtres.

Quelquefois la suppuration s'empare de la prostate, et elle est détruite en partie ou en totalité; d'autrefois elle est très tuméfiée; on y voit des varices, des ulcérations, des brides, des callosités, des épaississemens de la muqueuse et du tissu sous-jacent; des carnosités, des cicatrices, des abcès développés dans le tissu cellulaire qui environne l'urèthre. La vessie, les uretères peuvent participer à la distension de l'urèthre, qui est amincie, et acquiert quelquefois le volume d'un intestin grêle. L'urèthre est quelquefois comme cartilagineuse dans toute son étendue; des brides également se rapprochent de cette consistance, et peuvent à peine être détruites par la cautérisation. *Lallemand.* La prostate peut être squirrheuse, carcinomateuse.

# DES RÉTRÉCISSEMENS.

## *Définition.*

*Jacques Wilson* les définit : le résultat d'une altération morbide de fonctions ou de tissu d'une partie de l'urèthre, à la suite de laquelle cette partie devient plus étroite que le reste.

Selon *Charles Bell*, il y a rétrécissement quand l'urèthre a perdu la faculté de se dilater.

Dernièrement M. *Lisfranc*, dans sa thèse pour l'aggrégation, appelle rétrécissement la maladie dans laquelle ce canal a perdu sa capacité dans une plus ou moins grande étendue, et ne peut la reprendre parce que ses parois sont maintenues rapprochées par un état pathologique.

Toutes ces définitions laisssent quelque chose à désirer, et nous ne nous en occuperons pas d'avantage.

*Hippocrate* connaissait cette maladie; il parle (Aph. 82, sect. 4), de tubercules de l'urèthre, dont la solution a lieu lors qu'ils s'abcèdent.

*Galien* fait mention (de Loc. aff., lib. 1, cap. 1) de callosités de l'urèthre, et dit que, les ayant déchirées avec un cathéter, il vit s'écouler de l'urine une certaine quantité de sang et des fragmens de chair.

*Ætius Amidenus*, *Avicenne*, *Rhasis*, *etc.*, le premier surtout, dit que la rétention d'urine peut provenir d'une obstruction de l'urèthre, produite elle-même par une humeur épaisse fixée sur ce canal, ou par une tumeur quelconque qui en diminue le canal.

On voit par ce court exposé que les anciens connaissaient les rétrécissemens; mais que ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a eu les notions les plus exactes sur ces maladies. Nous les devons à *Morgagni*, *Baillie*, *Monro*, *J. Hunter*, *Everard Home*, *J. L. Petit*, *Chopart*, *Desault*; et dans ces derniers temps, à MM. *Boyer*, *Dupuytren*, *Richerand*, *Ducamp*, *Sœmmering* et *Lallemand* de Montpellier.

*Division.*

Les auteurs anciens qui ont traité des rétrécissmens de l'urèthre n'en ont donné aucune division méthodique, de ce nombre sont : *Morgagni, Andrée, Astruc, Heister, etc.;* nous la devons aux auteurs de la fin du siècle dernier et à ceux de celui-ci. Il faut remonter jusqu'à *Desault,* qui admet trois espèces d'obstacles à l'écoulement de l'urine par l'urèthre ; 1°. la cause a lieu dans l'épaisseur des parois, telle que l'inflammation, les déchirures ; 2°. à l'extérieur des parois, l'engorgement de la prostate et divers autres tumeurs extérieures ; 3°. dans l'intérieur du canal, les fongosités, les brides, etc.

*Jacques Wilson*, en indique trois espèces, 1°. le spamodique ; 2°. le rétrécissement proprement dit ; 3°. celui qui dépend d'une maladie des parties contiguës à l'urèthre.

*Sœmmering*, trad. par *Hollard*, en admet deux ; le premier, consistant dans l'engorgement et l'épaississement du tissu cellulaire de l'urèthre ; le second, le spasmodique.

*Béclard* divise tous les rétrécissemens en deux espèces : 1°. l'inflammatoire ou temporaire, qui comprend le spamodique ou dilatable de *Charles Bell.;* 2°. les permanens ou organiques, qui renferment six variétés, la bride, le rétrécissement calleux ou la callosité des anciens ; celui dans lequel une étendue plus ou moins grande se trouve resserrée, ou qui présente les tissus sous-muqueux et spongieux affectés d'indurations, le rétrécissement avec ulcère, les carnosités, les végétations sarcomateuses, enfin celui qui dépend d'un état variqueux de l'urèthre.

*Ducamp* admet des rétrécissemens dépendans : 1°. de l'inflammation ; 2°. de l'induration des parois de l'urèthre ; 3°. des brides ; 4°. des carnosités, sur lesquelles il reste dans le doute.

Il y a encore des divisions faites par *Samuel Cooper*, M. *Nauche.*

Comme la division de M. *Béclard* paraît la plus judicieuse, qu'elle renferme, au surplus, toutes les espèces de rétrécissemens, ce serait

celle que j'adopterais si j'avais à les décrire tous ; mais j'adopterai son second genre, c'est-à-dire les rétrécissemens permanens ou organiques.

*Causes éloignées, prédisposantes.* La double fonction de l'urèthre chez l'homme nous fournit la preuve que la nature n'assujettit jamais une seule partie à deux usages avec le même avantage. *Jean Hunter* dit que l'urine demande pour son évacuation le plus simple des canaux (tel que celui de la femme) ; et pour l'excrétion de la semence, il demandait une longueur plus considérable ; c'est ce qui en effet arrive, comme on peut le voir, chez l'homme et chez tous les mâles de la plupart des animaux. Cette circonstance fait que l'urèthre offre dans sa longueur un calibre inégal, et que les rétrécissemens doivent être plus fréquens chez l'homme que chez la femme : c'est ce qui arrive ; en effet, il n'y a presque pas d'exemple de rétrécissemens chez la femme.

C'est à l'âge de trente ans et au-dessus que l'on est plus souvent affecté de rétrécissement. *Hunter* cite l'exemple d'un jeune homme de dix-neuf ans qui en était affecté depuis l'âge de onze ; il en a également rencontré chez de plus jeunes.

Il est des dispositions individuelles qui influent sur la production des rétrécissemens. Ceux qui sont sous l'influence d'une blennorrhagie, d'un rhumatisme, de la goutte, des scrophules, d'une blennorrhée, de dartres, d'érections fréquentes ; ceux qui habitent les pays chauds, les grandes villes, et spécialement les sujets nerveux, etc.

Toutes les causes qui peuvent produire la blennorrhagie peuvent également donner lieu à des rétrécissemens. L'abus des liqueurs alcoholisées, les cantharides, l'abus du coït, les contusions, les déchirures, les torsions du pénis, l'onanisme, l'usage immodéré de la bierre, le cathétérisme mal exercé, l'introduction de bougies chargées de médicamens âcres ; les abcès, les métastases, les injections astringentes.

Je ne m'occuperai pas a démontrer que la blennorrhagie donne le plus souvent lieu aux rétrécissemens; je ne combatterai pas non plus l'opinion de *Hunter*, de MM. *Pelletan* et *Nauche*, qui attribuent la plupart des rétrécissemens aux excès dans le coït et à la masturbation. Cependant je dirai que sur dix rétrécissemens huit auront eu une blennorrhagie ; c'est l'opinion de MM. *Richerand*, *Dupuytren*, *Lallemand*, de Montpellier, et *Boyer*.

*Causes matérielles.* Les brides sont rares à la surface interne de l'urèthre ; elles ont été observée par *Morgagni*, Épit. 44 ; *Goulard*, Traité des maladies de l'urèthre ; *Hunter*, *Chopart* et *Desault ;* elles rétrécissent considérablement l'urèthre, et peuvent même l'obstruer en entier, comme le prouve *Morgagni*, Epist. 42, 44, 4; *Goulard* les regarde comme une duplicature de la membrane muqueuse ; d'autres, et M. *Laennec* est de ce nombre, les attribuent à une exsudation plastique; et d'autres, avec *Ducamp*, à l'épaississement de la membrane muqueuse à la suite d'inflammations répétées. Je crois qu'on peut accorder ces auteurs, et l'anatomie pathologique le prouve, en les attribuant tantôt à une exsudation plastique, tantôt à l'épaississement de la membrane muqueuse, et quelquefois aussi à la cicatrisation des ulcères ou des plaies.

La forme des brides est variable ; elles sont tantôt circulaire, tantôt à demi-circulaires, placées obliquement, quelquefois transversalement ; d'autres fois longitudinalement.

*Les carnosités.* Avant qu'on connût les véritables causes des rétrécissemens, on les attribuait à des carnosités ou végétations charnues. *Brunner* et *Mery* firent les premiers reconnaître cette erreur ; elles sont très-rares, mais cependant elles ont été observées par des hommes d'un trop grand mérite pour ne pas les admettre. *Galien*, *Van-Swiéten* (t. 5, § 1451, p. 453), *Astruc*, *Col-de-Villars* (Cours de chirurgie, t. 4), *Antoine Pascal* (Traité des maladies de l'urèthre), *Morgagni* (Epist. 42, n°. 38), *J. L. Petit* les ont vues une seule fois sur trente cadavres ; M. *Dupuytren* en a aussi rencontré une fois ou

deux ; *Sœmmering* en a vu présentant la forme et le volume d'une lentille. Elle peuvent être produites par le trop grand développement de bourgeons charnus, et croître à la manière des polypes. C'est donc à tort que *Baillie*, *Bell*, *Chopart*, *Desault* les ont nié.

Les ulcères calleux ou callosité des anciens sont dûs à l'inflammation chronique de la muqueuse et à son épaississement. M. *Dupuytren* et beaucoup d'autres praticiens les ont observé ; il a même vu des ulcères avec des végétations qui s'élevaient de leur surface.

L'épaississement de la muqueuse, également regardé comme une inflammation chronique par *Ch. Bell*, MM. *Boyer* et *A. Cooper*.

Les varices dues à la dilatation des veines, etc.

*Siéges,*

*Desault* place les brides vers la portion bulbeuse, et *Hunter* dessus même ; *Sir Everard Home*, derrière le bulbe, entre six et sept pouces ; l'auteur de l'article *urèthre* du Dictionnaire abrégé des sciences médicales à environ six pouces ; *Ducamp*, de cinq pouces et demi à six pouces ; M. *Lallemand*, à six pouces trois quarts et sept pouces ; un seul avait un rétrécissement dans la partie droite du canal ; on en rencontre quelquefois, mais ce n'est pas ordinaire,

*Sœmmering* dit, en parlant des brides, qu'on les voit surtout à la partie postérieure de l'urèthre dans le voisinage du bulbe, mais jamais dans le canal qui se trouve enveloppé par la prostate. L'observation six, rapportée par M. *Lallemand*, prouve le contraire.

On a vu depuis une jusqu'à huit brides, cependant la plupart des auteurs n'en ont rapporté des exemples que de quatre ; *Hunter* en a rencontré six, *Lallemand* sept, *Collot* huit. Cette exemple a été révoqué en doute : quand on en admet quatre, ne peut-on pas en rencontrer huit, mais ces exemples sont rares.

Quand il y a plusieurs brides, il s'en trouve toujours une plus petite et une plus grande ; c'est en général la plus ancienne de toutes, et la plus rapprochée du col de la vessie ; s'il s'en trouve d'autres

entre celle-ci et la vessie, elles sont plus larges que les antérieures, parce que l'urine, habituellement retenue par le principal obstacles, agit sur celles qui sont situées derrière et les distend ; tandis que les antérieures ne reçoivent plus l'influence du jet d'urine, et se resserrent d'autant plus facilement sur elles-mêmes qu'elles sont moins irritées.

Les carnosités siégent sur toute la longueur du canal.

Les callosités sont plutôt observées sur la portion membraneuse, cependant on en a vu sur toute la longueur du canal de l'urèthre.

L'épaisissement de la muqueuse se voit ordinairement sur la portion membraneuse, les varices sur la région prostatique.

Ils changent la direction du canal, et le dévient plus ou moins en raison de leur épaisseur ; tantôt ils sont plus épais d'un côté et commencent brusquement; tantôt ils sont réguliers, et présentent une ouverture centrale, évasée en entonnoir ; tantôt irréguliers.

*Signes.*

Les rétrécissemens de l'urèthre ont ordinairement une marche fort lente, quand le malade s'en aperçoit, ils subsistent déjà depuis long-temps. Ils ne souffrent presque jamais, à moins que le canal ne soit enflammé, c'est pourquoi les malades y font peu attention, et négligent les moyens propres à en arrêter les progrès. Quelquefois aussi ils sont accompagnés d'écoulemens et de douleurs dans l'urèthre en urinant, sans avoir commis d'excès dans aucun genre: ces écoulemens passent souvent pour des gonorrhées, et sont traités comme elles. On observe ces deux symptômes peu d'heures après avoir cohabité avec une femme ; l'inflammation est légère ; l'écoulement est le premier symptôme qui paraisse ; il est plus abondant au commencement qu'à tout autre époque ; l'écoulement continue, disparaît de lui-même sans qu'on ait rien fait pour sa guérison.

La circonstance qui favorise le plus souvent à faire prendre un rétrécissement pour une gonorrhée, c'est que, dans ces deux maladies,

il y a douleur en urinant. Dès que l'inflammation où autre cause a laissé sur la membrane muqueuse un noyau d'induration, l'urine sort avec moins de facilité, par un jet long, moins gros, entortillé, bifurqué, où par plusieurs jets très-minces. Le sperme cesse d'être lancé à la même distance, et se trouve quelquefois retenu dans le canal, et sort longtemps après le coït Le jet d'urine devient de plus en plus petit, et oblige à des efforts considérables. La vessie ne peut se vider entièrement ; l'urine la stimule, et l'envie d'uriner se fait sentir plus souvent

Lorsqu'il devient très-considérable, les plus grands efforts ne peuvent faire jaillir l'urine, qui tombe alors perpendiculairement par un filet continue ou goutte à goutte, c'est ce qu'on appelle *pisser dans ses souliers.* La vessie, irritée, ne peut expulser l'urine, qui reste toujours en plus grande quantité dans la vessie. L'absorption de la partie la plus aqueuse a lieu ; elle devient plus concentrée, son action sur la muqueuse plus énergique. De là un état habituel d'irritation qui augmente la sécrétion de mucosités abondantes ; elles troublent la transparence de l'urine, facilitent sa décomposition, et lui imprime une odeur fétide : plus tard elles forment un dépôt muqueux qui gagne le fond du vase et vient y adhérer, enfin elles deviennent purulentes. Poussées avec plus ou moins de force par la vessie, et retardées par la coarctation de l'urèthre, les urines dilatent la portion du canal comprise entre l'agent d'impulsion et l'obstacle. Lorsque la vessie a cessé d'agir, l'urèthre, revenant sur elle-même, expulse l'urine qui la distendait, et les malades la rendent goutte à goutte pendant quelque temps au moment où ils croient que tout est expulsé. Le rétrécissement devenant de plus en plus considérable, l'urine distend l'urèthre davantage, enfin arrive un moment où elle se rompt.

On voit des malades être obligés de plonger leur verge dans l'eau froide, de la tirailler pour lâcher quelques gouttes d'urine; d'autres ont des pollutions diurnes ; d'autres ne peuvent épancher le sperme, parce qu'il est retenu derrière la bride. *Lapayronnie* et M. *Lallemand* en citent des exemples.

Les obstacles au cours de l'urine augmentant, le col de la vessie,

habituellement dilaté, perd son ressort, et n'oppose plus aux urines qu'une faible barrière. Enfin, il arrive un moment où elles ne sont plus retenues que par le rétrécissement le plus étroit; que toute la partie du canal située derrière fait, pour ainsi dire, partie de la vessie; les fonctions du col sont, en quelque sorte remplies par le rétrécissement, qui laisse passer les urines goutte à goutte; dans la même proportion qu'elles arrivent dans la vessie. Ainsi, les malades ne peuvent ni les retenir, ni les expulser à volonté; il y a alors incontinence.

Dans un excès que le malade commet, ou dans un moment de chagrin ou de joie excessifs; l'urine se supprime tout à coup, ou plutôt le besoin d'uriner se faisant sentir, on est très-étonné de ne pouvoir y satisfaire, malgré les plus grands efforts; on attend quelque temps, le besoin devient impérieux, il faut y satisfaire. On envoie chercher un médecin; il sonde et ne peut pénétrer; il porte le doigt le long du périnée ou dans le rectum; il sent quelque chose de dur; il fait exécuter des mouvemens de rotation, de circomduction; il lui est quelquefois impossible de faire pénétrer sa sonde. Alors il a recours à une bougie, il franchit quelquefois l'obstacle; d'autres fois ce n'est qu'après plusieurs heures et même plusieurs jours; il peut alors se former une tumeur due à l'infiltration de l'urine, qui s'est fait jour à travers une déchirure de l'urèthre. Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau, presque sans douleur. On plonge un bistouri dedans, et l'on voit s'écouler de l'urine; on peut presque, sans crainte de se tromper, dire qu'il y a un rétrécissement.

La rétention étant complète, le malade fait de vains efforts pour se débarrasser; la vessie, distendue, forme au-dessus du pubis une tumeur ronde, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, offrant de la fluctuation. Toutes les fois qu'on la presse, l'envie d'uriner se renouvelle, et il s'écoule quelquefois une goutte ou deux d'urine.

Si on ne s'empresse de venir au secours du malade; on voit sur-

venir une foule de symptômes des plus alarmans. Le visage devient rouge, animé, les yeux étincelans; une soif dévorante tourmente le malade; la langue est rouge, sèche; il s'exhale une odeur fétide, urineuse de tout le corps du malade; des nausées, des vomissemens le hoquet, le délire : on voit tous les symptômes de la fièvre urineuse, signalés par M. *Richerand*. Souvent la vessie et d'autres organes participent au désordre, et la mort peut survenir. On voit souvent le canal de l'urèthre se déchirer, un abcès urineux se former, ou l'urine s'infiltrer dans le périnée, le scrotum, les cuisses, les jambes, l'abdomen, quelquefois dans l'hypogastre; on cite même des exemples d'infiltration d'urine qui ont envahi la poitrine, des fistules, etc.

*Prognostic.*

*Ambroise Paré* dit, ch. XIX, p. 523, « convient savoir en premier lieu, s'ils sont récents ou invétérés, à raison qu'ils sont d'autant plus fâcheux à guarir que plus durs et calleux. » Généralement les rétrécissemens récens sont des maladies très-simples, dont on obtiendrait facilement et en peu de temps la cure, si on consultait un médecin dès qu'on peut s'en apercevoir. Peu de malades y ont recours assez vite; s'il s'en trouve quelques-uns, ils sont bientôt ennuyés et renoncent à tout le fruit du traitement qu'ils avaient commencé.

Ce n'est donc ordinairement que quand la maladie est ancienne, et que le mal est poussé à l'extrême, qu'ils viennent réclamer du secours. Portés à un certain degré, ils tendent toujours à s'allonger; c'est une loi en pathologie, que les canaux destinés à donner passage à un liquide ne reviennent jamais à leur diamètre naturel, quand leur structure a été sensiblement altérée; la nature travaille toujours à les oblitérer en augmentant l'épaisseur de leurs parois. (*Jones*, traduit par M. *Breschet*.)

Ils suivent quelquefois une marche insidieuse et particulière; ils deviennent cause de chaude-pisses consécutives, d'ulcères à la verge, de sarcocèles, d'accidens fébriles, d'affections de poitrine et de l'ab-

domen. La muqueuse uréthrale a la plus grande sympathie avec les tissus muqueux, séreux, fibreux. *Armstrong*, et quelques auteurs récens ont rencontré des maladies chroniques de la muqueuse uréthrale auxquelles succédaient des sécrétions morbides du tube intestinal et des bronches.

Si le rétrécissement n'est ni fort ancien, ni très-considérable; si l'introduction des bougies a été facile; si on peut, après un certain temps substituer des sondes de gomme élastique; si le malade peut les porter constamment et sans en être incommodé; enfin, l'urine recommençant à couler par un jet gros et avec liberté, le rétrécissement pourra guérir facilement. Dans le cas contraire, lorsqu'on n'a pu se servir de bougies ni de soudes à raison de la trop grande sensibilité de l'urèthre, on devra regarder la maladie comme grave. Mais si, après avoir calmé l'irritation, on peut les introduire, il y aura des chances de succès, mais la guérison se fera très-longtemps attendre; à cause de la sensibilité des parois de l'urèthre, il faudra y mettre beaucoup de ménagement.

L'urèthre, comme tous les canaux excréteurs, une fois altérée, tend toujours à se rétrécir de nouveau, et on ne doit jamais regarder la cure comme complète.

Les rétrécissemens de l'urèthre sont en général une maladie grave, non-seulement par eux-mêmes, mais encore par les accidens qui en peuvent résulter.

Quand l'étroitesse du rétrécissement est augmentée par la tuméfaction accidentelle des parois de l'urèthre, qui s'étaient dilatées petit à petit, l'urine ne trouvant plus dissue dilate encore d'avantage la partie située derrière le rétrécissement, il se déclare une inflammation; quelquefois l'urèthre s'ulcère, se rompt, et l'urine s'infiltre; de là des dépôts urineux. Si la rupture est grande, elle s'épanche dans le tissu cellulaire du périnée, du scrotum, surviennent des accidens très-graves, des fistules, la gangrène et la mort. Les efforts que font quelquefois les malades pour uriner peuvent donner lieu à des hernies, à la chute du rectum, etc.

Si l'on en croit M. *Lallemand*, de Montpellier, on peut guérir des malades affectés de rétention d'urine, malgré l'engorgement considérable ou la destruction presque complète de la prostate, des urines bourbeuses ou tout à fait purulentes, des pollutions diurnes, et une fièvre presque habituelles.

Pour prononcer, il faut attendre de nouveaux faits.

*Thérapeutique.*

Je n'entrerai pas dans tous les détails pour la cure des rétrécissemens, je ne m'occuperai que de ceux qui ont rapport à mon sujet. Si le rétrécissement existe avec douleur, il faudra faire usage des antiphlogistiques, et attendre pour introduire des bougies ou des sondes, parce qu'elles aggraveraient la maladie : aussitôt que les accidens seront cessés on y aura recours.

Si l'on a à combattre des dépôts ruineux, des fistules, etc., il faudra ouvrir les dépôts et introduire des sondes dans le canal de l'urèthre.

Si on reconnaît des ulcérations, il faudra tenter leur cure par les moyens ordinaires, faire des injections émollientes. Si on ne réussit pas, on portera dans le canal une sonde que l'on pourra enduire suivant le besoin de cérat ou d'onguent mercuriel, et laisser la sonde à demeure.

Dans tous les cas, il faudra combattre les accidens qui peuvent compliquer les rétrécissemens et rendre à l'urèthre le diamètre qu'il a perdu.

Les carnosités doivent être combattues par les sondes. *Sœmmering* propose de les lier ; mais comment pourrait-on le faire dans un canal aussi étroit, quand on réfléchi à la difficulté que l'on a à lier ceux des fosses nasales, etc. Je crois qu'un pareil procédé doit être rejeté. Si cependant les végétations siégeaient tout à fait sur l'orifice extérieur on le pourrait, mais sans cela il ne devrait jamais être tenté. On a proposé de faire une incision sur le pédicule, comme si on pouvait

déterminer au juste la place qu'il occupe, on sentirait bien une tumeur; mais si elles étaient aussi grosses et aussi longues que celles observées par *Daran*, *Filsgerald* et *Alliès*, comment pourrait-on déterminer leur pédicule, cela serait impossible. Ces carnosités étaient tellement grosses et longues qu'elles sortaient par l'orifice extérieur de l'urèthre, et qu'ils étaient obligés d'exciser les parties sorties. Je crois que la cautérisation serait le traitement qui leur conviendrait le mieux.

Pour les varices, elles doivent être combattues par les topiques astringens à l'extérieur, et par l'usage long-temps continué des sondes, et par des injections légèrement astringentes.

Les abcès par les topiques émolliens, et les faire ouvrir à l'extérieur, le plus promptement possible, les faire avorter si l'on peut avec de grandes applications de sangsues appliquées dessus.

Les *brides*, l'*épaississement* et les *callosités*. Il y a trois méthodes de les guérir ; la *dilatation*, l'*ulcération* et la *cautérisation;* nous allons indiquer chacune de ces méthodes.

La *dilatation* doit être tentée toutes les fois que le jet de l'urine est moins gros qu'à l'ordinaire et sans douleurs ; s'il y en a, il faut employer les antiphlogistiques et les boissons émollientes.

La *dilatation* doit être tentée avec des sondes ou des bougies, ou avec l'un et l'autre moyens. *Desault* conseille, pour sonder, dans les cas de rétention incomplète d'urine, de faire usage de grosses sondes; elles ont cet avantage sur les autres, que la muqueuse est obligée de s'allonger sur elles et de ne pas faire de plis. Si elles pénètrent à travers le rétrécissement on les laissera à demeure et on les fixera. Quand elles vacilleront ou plutôt comme le fait tous les jours M. *Dupuytren* et les autres praticiens, quand l'urine coulera entre elle et le canal, on les retirera et on les remplacera par une autre plus grosse, ainsi de suite jusqu'à ce que le jet de l'urine devienne gros et bien nourri, ce sera un signe que l'urèthre aura à peu près repris son diamètre naturel. Il faudra à peu près deux mois pour la cure complète.

Si on ne peut faire pénètrer une sonde, il faudra faire usage de

bougies, avec lesquelles on franchira l'obstacle; on les laissera à demeure jusqu'à ce que l'urine coule également entre elle et le canal, et on remplacera alors la première par une seconde plus grosse, et successivement jusqu'à ce qu'on puisse y introduire des sondes, et l'on se conduira comme il a été dit plus haut.

Si la sonde ou la bougie ne pouvait pénétrer, parce que le rétrécissement serait trop considérable, il faudra laisser la sonde ou la bougie, la fixer contre l'obstacle; elle l'irritera, produira son dégorgement, et, au bout de plus ou moins de temps, on pourra pénétrer dans le canal, et l'on continuera le traitement par les bougies.

Si enfin on ne pouvait y parvenir par aucun de ces moyens, que le malade fût en danger, il faudrait avoir recours à la sonde conique. Il faut s'en servir avec beaucoup de ménagemens pour éviter de faire de fausses routes, ou plutôt on fera tout son possible pour lui faire traverser le rétrécissement et lui faire suivre la route naturelle. Dans le cas contraire, on pourrait faire des fausses routes. On pourrait faire en même temps saigner le malade, lui faire prendre un bain, etc. On a aussi conseillé, dans ces cas extrêmes, de pratiquer la boutonnière, l'excision de la partie rétrécie, la ponction par le rectum ou l'abdomen. Mais ces moyens exposent à trop de danger pour y avoir recours. Cependant *Desault* cite des exemples de réussite par la ponction. *Samuel Copper* cite l'exemple de réussite de l'excision de la partie rétrécie. Il faudrait donner la préférence à la sonde conique, dont MM. *Boyer* et *Roux* se servent avec tant d'avantage. Ferait-on une fausse route? Je crois qu'elle serait moins grave que les suites des autres opérations.

Il peut se rencontrer plusieurs obstacles ou rétrécissemens. *Sœmmering* prétend que le premier étant vaincu, on triomphe facilement des autres quand on a une fois vaincu le premier. Il ne faut jamais retirer la sonde au-dessus de lui pour vaincre le second, parce que l'irritation déterminée par la présence de l'instrument pourrait irriter et faire rétrécir davantage le point coarcté, et qu'il ne serait peut-être plus permis de franchir une seconde fois.

M. *Delpech* se sert avec beaucoup d'avantage de bougies de cordes à boyau ; il se sert aussi de bougies creuses, dans lesquelles il introduit un mandrin de plomb. Elles sont très-flexibles ; il peut leur imprimer les formes qu'il veut.

Pour dilater un rétrécissement qu'il ne peut franchir avec d'autres bougies, il se sert de celles faites en corde de boyau, les introduit, les fixe contre l'obstacle, les laisse l'espace de deux heures, et les change ayant toujours soin d'en prendre de plus grosses. Aussitôt qu'il a obtenu une ouverture assez grande pour permettre le passage d'une bougie fine ordinaire, ce qui arrive avant les vingt-quatre heures, il abandonne les bougies de cordes à boyau.

Si l'on pèse trop pour faire pénétrer les bougies ou les sondes, on s'expose à faire de fausses routes, et même à pénétrer à travers le rectum.

M. *Amussat* a proposé dernièrement un instrument pour couper les brides du canal de l'urèthre. Je ne dirai rien, et je laisse à l'expérience à décider de son utilité.

On voit que, par le moyen de M. *Delpech*, on peut obtenir de grands avantages ; et je ne doute pas qu'il sera bientôt suivi par les praticiens.

*De l'ulcération.* Cette méthode offre de grands inconvéniens, et doit être des plus graves. Le malade n'a pas beaucoup à y gagner ; car, au lieu d'un rétrécissement, on a à combattre un ulcère, des cicatrices, etc. Je pense qu'elle doit être rejetée entièrement.

Pour cette méthode, en se sert de bougies de cire ou de métal. Pour guérir un rétrécissement en produisant une ulcération, on doit introduire la bougie sur la partie rétrécie ; on la fixe à demeure, et on augmente son volume aussi promptement qu'on le pourra. *Hunter* vante cette méthode, et dit que la guérison est d'autant plus assurée qu'il y a plus de parties rétrécies détruites ; et la guérison, suivant le même auteur, sera plus assurée que par la dilation : les bougies de métal conviennent parfaitement. Aujourd'hui elle est entièrement abandonnée.

*De la cautérisation.* Amatus Lusitanus, Ferri, faisaient usage de caustiques il y a quatre siècles.

*Ambroise Paré, Guillaume Loiseau,* introduisirent l'usage de poudres cathérétiques, qu'ils conduisaient sur le rétrécissement au moyen de canule.

*Wiseman* parle d'une méthode de guérir les rétrécissemens de l'urèthre.

*François Roncalli* a décrit la méthode d'appliquer la pierre infernale aux rétrécissemens de l'urèthre. Il est à remarquer qu'il se servait d'instrumens à peu près semblables à ceux de *Hunter.*

*Hunter,* en 1752, en eut l'idée, et l'appliqua sur un ramoneur, où il eut un plein succès, et chez d'autres malades.

*Everard Home,* grand partisan de *Hunter,* la mit aussi en usage. Les exemples qu'il rapporte de guérison sont très-curieux ; les personnes qu'il a soumises à cette méthode n'avaient, au bout de dix ans, éprouvé aucune rechute.

*Ducamp,* en France, préconisa cette méthode, la mit en usage, et a obtenu les plus belles cures qu'il soit possible ; mais il ne cite que les succès, et non les insuccès. La méthode de *Ducamp* expose moins que celle de *Hunter* à la rétention complète d'urine ainsi qu'aux hémorrhagies. Après avoir détruit l'obstacle, il se sert avec succès de moyens propres à dilater le canal. M. *Lallemand*, de Montpellier, a beaucoup modifié les instrumens de *Ducamp,* comme on peut le voir dans la première partie de son ouvrage ; et, à l'aide de ces instrumens, il lui est permis de cautériser à toutes les profondeurs, tandis qu'avec les instrumens de *Ducamp*, quand on était parvenu derrière le bulbe, on éprouvait les plus grandes difficultés. Ensuite, les instrumens de M. *Lallemand* ont ce grand avantage sur ceux de *Ducamp,* c'est qu'après avoir cautérisé deux ou trois fois le rétrécissement, on peut aller cautériser ceux qui restent encore ; tandis qu'avec ceux de *Ducamp,* il fallait attendre que le rétrécissement fût entièrement consumé.

Il faudra toujours, dans ces différentes méthodes, faire usage de

nitrate d'argent, parce qu'on pourra plus limiter son action que celui de la potasse caustique, dont se servait *Wathely* : aussi a-t-il trouvé peu d'imitateurs. M. *Aumont*, qui a fait sur cette méthode un si grand nombre d'expériences, pense qu'on ne doit jamais tenter de cautériser à plus de cinq pouces du méat urinaire. M. *Lallemand* pense le contraire, et prouve, par les observations qu'il a rapportées, qu'il a cautérisé à toutes les distances, sans encourir le moindre inconvénient ; aussi l'adopte-t-il presque entièrement; mais, après la cautérisation, il fait toujours usage de sondes en gomme élastique. Si l'on croyait les exemples de guérisons obtenues par la cautérisation, rapportées par MM. *Ducamp*, *Lallemand*, on abandonnerait de suite la dilatation. Mais si, d'un autre côté, on réfléchit aux accidens qui peuvent survenir, on l'abandonnerait de suite. Les fausses routes, les hémorrhagies sont les causes les plus funestes qui peuvent survenir dans ce traitement, et ces accidens sont assez fréquens. Les douleurs, les rétentions complètes causées également par cette méthode, quand il a plusieurs rétrécissemens, tout enfin, dans cette méthode, la fait rejeter ; cependant il faut attendre du temps, et tout se décidera.

On peut tracer quelques cas où la cautérisation pourrait convenir. Les voici :

Quand la membrane muqueuse sera molle, spongieuse, et que les sondes ou bougies auront échoué, la cautérisation réussira.

Quand il y aura des callosités, on pourra également les détruire avec les caustiques.

Quand on aura à combattre des tumeurs fongueuses et sarcomateuses.

Quand les bougies ou sondes auront échoué dans un traitement, ou quand le malade ne pourra supporter la présence continuelle des sondes dans l'urèthre, toutefois cependant qu'il n'y aura pas d'inflammation, ce traitement, si on pouvait l'adopter, aurait un avantage immense ; car il serait beaucoup moins long que celui fait par

les bougies, qui demandent des mois entiers, et même des années. Quand le rétrécissement siégera sur la partie spongieuse ou droite du canal, c'est celui qui convient le mieux. Dans tous les autres cas, les sondes doivent être préférées.

J'ai oublié de parler d'un procédé qui a été mis en usage par *Trye*, *Sœmmering*; il consiste à injecter dans le canal de l'urèthre de l'huile d'olives ou de l'huile opiacée, à en fermer l'orifice externe, et à chercher, en pressant avec le doigt, à faire passer ce liquide plus avant. On répète plusieurs fois cette manœuvre, jusqu'à ce qu'on puisse y introduire une bougie. On peut mettre cette méthode en usage quand on ne peut faire franchir le rétrécissement à une bougie fine.

*Bruninghausen* a guéri trois rétrécissemens de l'urèthre en comprimant avec force le canal derrière le gland au moment où le malade voulait uriner.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

## I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

## II.

Si quis sanguinem, aut pus mingat, et spasmas, et odor gravis sit. *Sect.* 4, *aph.* 81.

## III.

Quibus in urinariâ fistulâ tuberculum nascitur, his, suppurato eo et perrupto solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 82.

## IV.

Quibus in urinariâ fistulâ tuberculum fit, his suppurato eo et perrupto solvitur dolor. *Sect.* 7, *aph.* 57.

## V.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 5, *aph.* 8.

## VI.

Aures frigidæ, pellucidæ, contractæ, lethales sunt. *Sect.* 8, *aph.* 14.